

A envoyer par mail au :
Adresse sécurisée : had@had-nord71.mssante.fr
☐ **Le Creusot** : secretariat.creusot@had-nord71.fr
☐ **Chalon** : secretariat@had-nord71.fr



MOTIF	
Diagnostic principal	
Date d'entrée souhaitée	

- Dans le cadre des prises en charges palliatives :**

- Patient et/ou famille informé de la prise en charge palliative OUI ☐ NON ☐
- Famille informée de la demande d'HAD OUI ☐ NON ☐

ETABLISSEMENT DEMANDEUR			
Etablissement		Médecin	
N° téléphone		Cadre infirmier	

PATIENT			
Nom		N° Sécurité Sociale :	
Nom JF		Mutuelle :	Oui - Non
Prénom		Tél domicile :	
Né(e)le		Tél portable :	
Directives anticipées	Oui - Non	Situation familiale :	

INFORMATION DU PATIENT		
	Le Diagnostic	Le Pronostic
Le patient est informé sur :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
La famille est informé sur :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Commentaire		

MEDECIN TRAITANT			
Nom	Ville	Téléphone	Accord
			Oui - Non

PERSONNE A PREVENIR			
Nom		Qualité	
Adresse		Téléphone	

ANTECEDENTS PRINCIPAUX	

CONTEXTE DE LA DEMANDE	

Merci de joindre le dossier de liaison à la demande, ainsi que le traitement (ordonnance ou pancarte)
+ Mutuelle et CNI